



12^{ème} Journée de Réflexion
sur l'Endoscopie Digestive
en France

Samedi 23 janvier 2010
Paris, Espace du Centenaire

MISE EN PRATIQUE DE LA « CHECK-LIST » EN ENDOSCOPIE

Professeur Denis Sautereau, CHU Limoges

Programme OMS: World alliance for patient safety

DEUXIÈME DÉFI MONDIAL POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

SAFE SURGERY SAVES LIVES

« Une chirurgie sûre sauve des vies »

Constat OMS: facts on safe surgery

- ✓ 234 millions d'interventions /an (1 opération / 25 habitants)
- ✓ Au moins 7 millions de complications post opératoires (3 à 17%)
- ✓ Au moins 1 million de décès péri opératoires (0,4 à 0,8% pays industrialisés)
- ✓ La moitié des événements indésirables à l'hôpital sont d'origine chirurgicale. La moitié serait évitable si des protocoles de soins étaient appliqués
- ✓ Les principes connus de sécurité chirurgicale sont appliqués de manière incohérente, même dans les services les plus perfectionnés
- ✓ Des mesures simples pourraient réduire la fréquence des complications comme le choix et l'administration d'antibiotique (diminution de 50% de la fréquence des infections du site opératoire)

Programme OMS: Safe surgery saves lives

4 domaines d'amélioration

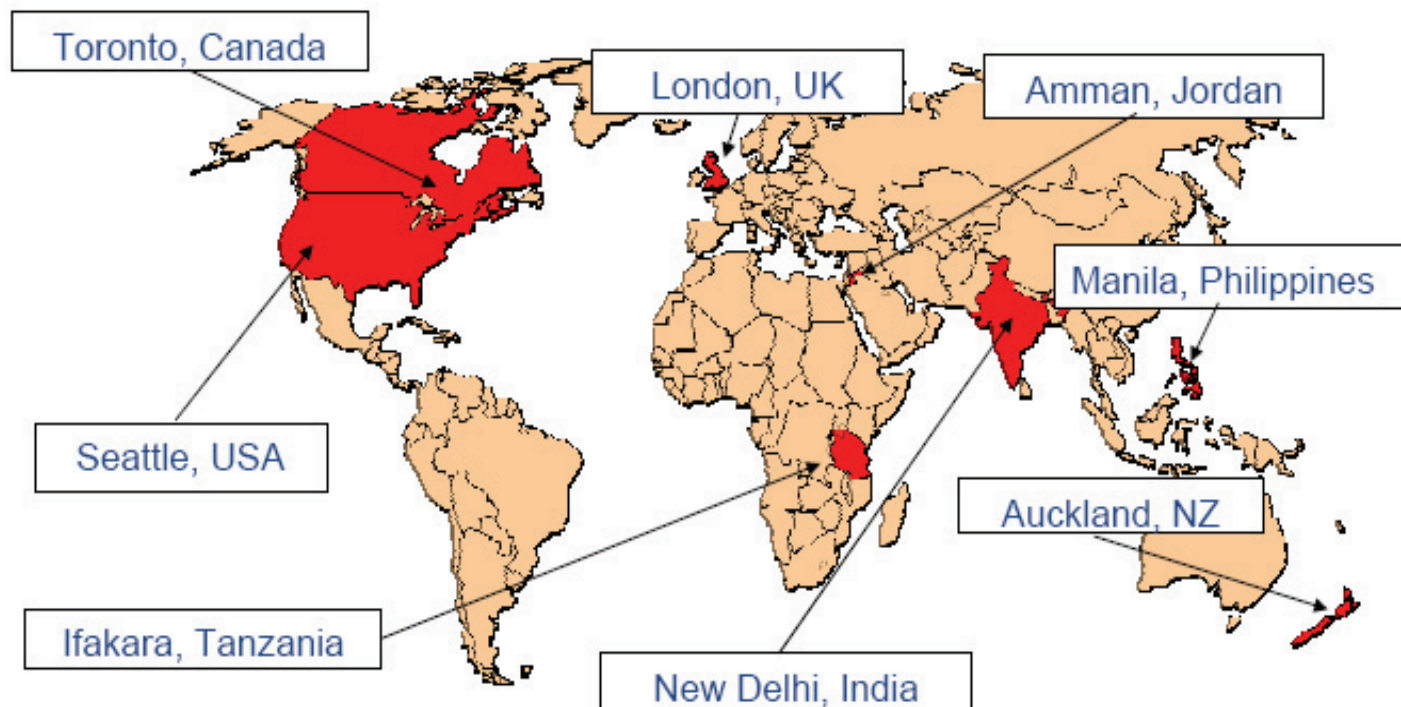
- ✓ Prévenir l'infection du site chirurgical
- ✓ Sécuriser l'anesthésie
- ✓ Sécuriser les équipes chirurgicales
- ✓ Evaluer les services de chirurgie

Définition de 10 objectifs essentiels pour les équipes chirurgicales

Programme OMS: « *Safe surgery saves lives* »

1. L'équipe médico-soignante coopère pour éviter toute erreur de site opératoire.
2. L'équipe s'attache à éviter les complications anesthésiques, tout en assurant une analgésie optimale.
3. L'équipe s'assure de la détection et de la prévention de toute détresse respiratoire.
4. L'équipe se prépare à l'éventualité d'une hémorragie abondante.
5. L'équipe contrôle les possibles effets indésirables des traitements mis en œuvre et les allergies connues chez le patient.
6. L'équipe met tout en œuvre pour éviter les infections du site opératoire.
7. L'équipe met en place des mesures pour éviter de laisser *in situ* des matériels.
8. L'équipe s'assure de l'identification précise des prélèvements /pièces opératoires.
9. L'équipe développe une communication des informations essentielles pour assurer la meilleure qualité de l'intervention.
10. Les établissements de santé et autorités mettent en œuvre un suivi régulier des structures chirurgicales, activités et résultats.

Check-list : Etude d'impact / 8 sites / près de 8.000 patients



Haynes et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. New England Journal of Medicine 360:491-9. (2009)

Etude d'impact : résultats tous sites confondus

	Avant C/L	Après C/L	P value
Nombre de patients	3733	3955	-
Décès	1.5%	0.8%	0.003
Taux de complication (tous types)	11.0%	7.0%	<0.001
Taux d'infections du site opératoire	6.2%	3.4%	<0.001
Taux de ré-interventions non programmées	2.4%	1.8%	0.047

In Haynes et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. New England Journal of Medicine 360:491-9. (2009)

Etude d'impact : selon le niveau de développement

	Complications postopératoires	Décès postopératoires
Pays à haut niveau de développement	10.3% -> 7.1%*	0.9% -> 0.6%
Pays en voie de développement	11.7% -> 6.8%*	2.1% -> 1.0%*

* $p < 0.05$

In Haynes et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. New England Journal of Medicine 360:491-9. (2009)

Un champ d'amélioration pour nous aussi...

6,5 M d'interventions chirurgicales sont réalisées chaque année en France⁽¹⁾ .

60 000 à 95 000 **Evénements Indésirables Graves (EIG)** surviendraient dans la période péri-opératoire² dont près de la moitié sont considérés comme évitables.

1771 / 3531 **EPR (50,20%)** : période au bloc opératoire ⁽³⁾
(erreur de site, erreur de côté, erreur patient, défaut d'ATB prophylaxie, défaut de préparation...).

1 Source Conseil National de la Chirurgie 2009

2 Enquête ENEIS 2005 [*EIG = événements indésirables graves*]

3 Extraction de la base Rex (mai 2009): Commissions risques inter-spécialités R.Amalberti

Adaptation française de la check-list OMS

1. **Souhait de la HAS d'engager une réflexion avec les professionnels sur les modalités d'adaptation et de mise en œuvre d'une check-list en France.**
2. **Création d'un groupe de travail pluri-professionnel.**
3. **Pilotage groupe de travail par Philippe CABARROT de la HAS.**

HAS

CHECK-LIST "SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

Mode d'emploi

Outil de partage entre les membres de l'équipe, d'informations essentielles pour chaque intervention et de vérification croisée de points critiques.

l'équipe médico-soignante renseigne, en moins de 2 minutes, la check-list en vérifiant oralement 10 points considérés comme essentiels.

Avant l'induction anesthésique, sont confirmés - dans l'idéal par le patient, son identité, l'intervention et le site à opérer ; de même, sont vérifiés l'installation du patient et le matériel nécessaire pour l'intervention ; enfin, sont évalués les risques allergiques, respiratoires et hémorragiques.

Au cours d'un temps de pause avant l'opération, une vérification ultime des points concernant l'intervention est faite au sein de l'équipe au complet et sont partagées les informations essentielles concernant les éventuels points critiques de la procédure chirurgicale et anesthésique ; vérification que l'antibioprophylaxie si elle est recommandée, a bien été effectuée.

Après l'intervention, confirmation orale de l'intervention réalisée, du compte final correct des instruments, de l'étiquetage correct des prélèvements ainsi que du signalement des dysfonctionnements éventuels ;

le dernier point concerne la vérification de la réalisation conjointe des prescriptions postopératoires. Ces éléments sont tracés sur un support papier ou électronique par un coordonnateur Check-list, le plus souvent un personnel infirmier, en coordination avec le chirurgien et l'anesthésiste responsables de l'intervention.

Identification du patient
Etiquette du patient ou
Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST

« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2010 - 01

Salle :

Date d'intervention : Heure (début) :

Chirurgien « intervenant » :

Anesthésiste « intervenant » :

Coordonnateur check-list :

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE

Temps de pause avant anesthésie

- 1 Identité du patient :
 - le patient a déclaré son nom, sinon, *par défaut*, autre moyen de vérification de son identité ☐ Oui ☐ Non
- 2 L'intervention et site opératoire sont confirmés :
 - idéalement par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique ☐ Oui ☐ Non
 - la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle ☐ Oui ☐ Non
- 3 Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site/intervention et non dangereuse pour le patient ☐ Oui ☐ N/A
- 4 Le matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié :
 - pour la partie chirurgicale ☐ Oui ☐ Non
 - pour la partie anesthésique ☐ Oui ☐ Non
- 5 Vérification croisée par l'équipe de points critiques et des mesures adéquates à prendre :
 - allergie du patient ☐ Oui ☐ Non
 - risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque ☐ Oui ☐ Non
 - risque de saignement important ☐ Oui ☐ Non

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE

Temps de pause avant incision

- 6 Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe
 - identité patient correcte ☐ Oui ☐ Non
 - intervention prévue confirmée ☐ Oui ☐ Non
 - site opératoire correct ☐ Oui ☐ Non
 - installation correcte ☐ Oui ☐ Non
 - documents nécessaires disponibles ☐ Oui ☐ N/A
- 7 Partage des informations essentielles dans l'équipe sur des éléments à risque / points critiques de l'intervention
 - sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, etc.) ☐ Oui ☐ Non
 - sur le plan anesthésique (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus) ☐ Oui ☐ Non
- 8 Antibiotrophylaxie effectuée ☐ Oui ☐ Non ☐ N/R

APRÈS INTERVENTION

Pause avant sortie de salle d'opération

- 9 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :
 - de l'intervention enregistrée, ☐ Oui ☐ Non
 - du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. ☐ Oui ☐ N/A
 - de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. ☐ Oui ☐ N/A
 - du signalement de dysfonctionnements matériels et des événements indésirables ☐ Oui ☐ Non
- 10 Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe ☐ Oui ☐ Non ☐ N/R

En cas d'écart avec la check-list, préciser la décision choisie

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Cette check-list n'est pas modifiable, mais peut faire l'objet de développements spécifiques complémentaires

Adaptée de la Check-list de l'Organisation Mondiale de la Santé « WHO Surgical Safety Checklist », <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en>, © World Health Organization 2008'

Abréviations utilisées :
C/L : Check-list - N/A : Non Applicable - N/R : Non Recommandé

Evaluation of a Preoperative Checklist and Team Briefing among Surgeons, Nurses, and Anaesthesiologists to Reduce Failures in Communication

L Lingard, G Regehr, B Orser, R Reznick, GR Baker, D Doran, RS Espin, J Bohnen, S Whyte.
In Arch Surg. 2008;143(1):12-17

Etude prospective sur 13 mois au Canada, « avant-après » visant à évaluer l'efficacité de l'implantation d'un briefing pré-opératoire organisé sur le modèle d'une check-list interprofessionnelle (chirurgiens, anesthésistes, internes, IDE, IADE, IBODE).

RESULTATS :

Faisabilité en routine, 1 à 4 minutes ;

réduction des défauts de communication de 3.95 % à 1.31 % ($p < .001$)

Utilité dans 34 % des interventions : identification de problèmes éventuels, prises de décision, amélioration de l'efficacité et du flux des interventions et diminution des reports et des tensions dans les équipes

Acceptabilité : 81% des répondants (il n'y avait pas de différences selon la catégorie professionnelle) étaient d'accord pour reconnaître son intérêt ;

Coût efficacité par rapport à d'autres programmes

LES BARRIERES :

culturelles : chaque catégorie professionnelle a l'habitude de travailler indépendamment, avec une perception d'excellence individuelle ;

organisationnelles : problèmes chroniques de sous effectifs, réticence à ralentir les processus et le flux de travail habituel ;

politiques : surcharge par d'autres tâches administrative, de formation ou des pressions économiques.

Requirements for the design and implementation of checklists for surgical processes

E. Verdaasdonk, L. Stassen, PP Widhiasmara, J. Dankelman

Surg Endosc 2008 open access DOI 10.1007/s00464-008-0044-4

recherche bibliographique, 7500 références au mot clef check-list dans Pubmed et Medline, lis ont précisé les exigences et conditions pour concevoir et implanter des check-lists pour les procédures chirurgicales et les avantages et inconvénients des différents supports : papier (simplicité, traçabilité) et électroniques (efficacité, exhaustivité, feedback, évaluation)

Les objectifs des check-lists :

stratégie de défense contre les erreurs humaines ;
aide-mémoires pour la réalisation de tâches ;
standardisation des tâches pour faciliter la coordination au sein des équipes ;
moyen de créer et de maintenir une culture sécurité au bloc opératoire ;

La check-list OMS est mixte, vérifications d'actions déjà réalisées et renseignements d'items au moment où on les réalise.

la longueur des check-lists : ni trop courtes pour être efficaces et “crédibles” par les professionnels, ni trop longues pour éviter lassitude et abandon ;
la nécessité de l'implication des professionnels, de l'établissement, des leaders d'opinion
les check-lists papier doivent être une partie du dossier patient.

quelques conseils pour convaincre les sceptiques

la check-list ne fait que formaliser ce qui de toute façon doit être fait ;
la charge de travail supplémentaire doit être minime ;
la perception d'un outil administratif doit être évitée ;
la check-list n'est pas et ne doit pas être présenté comme l'arme magique pour éviter les erreurs et s'intègrent dans l'amélioration de la qualité avec d'autres programmes

La check-list : sa mise en œuvre (2)

1. Check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » exigible à partir **du 1^{er} janvier 2010**.
2. Cette check-list sera un **élément « cible »** dans **la procédure V2010**.
3. Les établissements de santé devront montrer comment ils la mettent en œuvre.

Mais qu'importe la méthode ...

1. La CL est utile
2. Pré-accident
3. 60 000 à 95 000 EIG/an en périopératoire

